Aus der Klinik von Prof. Dr. L. Fraenkel, Breslau.

Über Eileiterbrüche.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Alfons Bialas,
approb. Arzt.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Küstner.

Die weiblichen Genitaladnexe liegen normaliter bei nicht gravidem und nicht pathologisch verändertem Uterus tief im kleinen Becken. In dieser Lage scheinen sie gegen die Gefahr geschützt, durch den Leisten- und Schenkelkanal aus dem Bauchraum in einen Bruchsack gepreßt zu werden; gleichwohl werden sie, wenn auch in einem ziemlich beschränkten Prozentsatz, in Brüchen gefunden. Ovarialhernien, schon im Altertum bekannt, und Tuboovarialhernien werden weit häufiger angetroffen als isolierte Eileiterbrüche. Während auf Deneux's genauere Abhandlung vom Jahre 1813: „Recherches sur les hernies de l'ovaire“ eine ziemlich reichliche Literatur über Eierstocksbrüche folgte, wurde über Eileiterbrüche erst im Jahre 1898 durch G. Schultz eine ausführlichere Arbeit veröffentlicht. Dieser stellte hier 21 Fälle zusammen, darunter die bereits 1892 von Lejars gesammelten. In der späteren Literatur finden sich dann teils mehr teils weniger ausführlich beschriebene Fälle von Morf, Renny, Plauson, Turschmidt, Fischer, Moure, Chauvin, Lery et Guillaume, Jacob, Beyaert. Im Jahre 1920 operierte Prof. Dr. L. Fraenkel ebenfalls einen Eileiterbruch, über den am Ende der Arbeit genauer berichtet wird.

Das Zustandekommen der Adnexhernien kann durch die ziemlich große physiologische Bewegungsmöglichkeit der Adnexe begünstigt werden, doch dürfte diese nicht allein für die Entstehung verantwortlich zu machen sein. Es müssen hier neben den für die Hernien im allgemeinen nötigen prädisponierenden

Momenten noch andere in Betracht gezogen werden. Scholler fand in einem Falle eine angeborene, abnorme Kürze des Lig. rotundum. Mathey hielt auch eine Kürze des Lig. infundibulo-pelvicum als begünstigenden Umstand für möglich. English beschuldigt eine abnorme Länge des Lig. latum und die hierdurch bedingte über die Norm große Dislokationsmöglichkeit der Adnexe. Außerdem kommen noch aus dem kleinen Becken her nach oben und vorn wirkende Kräfte in Frage wie Wachstum von Tumoren, Größerwerden des Uterus in der Schwangerschaft u. a. Ebenso können Verklebungen der Adnexe und des Uterus mit der vorderen Bauchwand wie z. B. nach einer Ventrifixur des Uterus die Tuben und Ovarien für einen Eintritt in einen Leisten- oder Schenkelbruch geeigneter machen.

Wie bei allen Inguinalhernien können wir auch bei den Eileiterleistenbrüchen je nach der Entstehung des Bruchsackes angeborene und erworbene unterscheiden. Eileiterleistenbrüche kommen bei Kindern und Erwachsenen vor. Bei den ersteren sind sie fast immer angeboren, bei den letzteren können sie angeboren oder erworben sein. Schenkelbrüche können nur erworben sein, da am Schenkelkanal niemals die Bildung eines natürlich präformierten Bruchsakes möglich ist. Sie wurden bei den beobachteten Fällen nur bei Erwachsenen gefunden. Herniae obturatoriae tubae, die nur in späterem Alter vorkommen, sind sehr selten. In der mir zugänglichen Literatur fand ich im ganzen 2 Fälle. Auch in einen Bauchwandbruch kann die Tube gelangen. Fischer fand eine Pyosalpinx in einem solchen. Tubarhernien an den anderen Bruchstellen wie dem Foramen ischiadicum scheinen bisher nicht beobachtet worden zu sein.

Befallen ist bei den Leistenbrüchen am häufigsten die rechte Seite. Schultz findet etwa ein Verhältnis von 5 rechtsseitigen gegenüber 3 linksseitigen. Der Grund hierfür liegt, wie nach Mathey bei den Ovarialhernien, wohl auch hier in den durch die verschiedene Anordnung der Eingeweide (Radix mesenterii, Flexura sigmoidea und dergl.) bedingten ungleichen Druckverhältnissen auf beiden Seiten. Das Gleiche gilt auch von den Schenkelbrüchen. Auch Doppelseitigkeit wurde beobachtet, gehört jedoch zu den äußersten Seltenheiten. Bisher ist ein einziger

Fall beschrieben worden: 1897 von Wiart. Mißbildungen an den übrigen Genitalorganen, wie sie gerade bei doppelseitigen Ovarialhernien häufig vorkommen, fanden sich hier nicht.

Im Kindesalter sind Tubarhernien seltener als bei Erwachsenen, während Ovarialhernien in dieser Hinsicht ein umgekehrtes Verhältnis aufweisen. Nach Fischer ist dies dadurch zu erklären, daß beim Erwachsenen die Tube vor und etwas über dem Ovarium liegt und daher auch eher die Gelegenheit hat, den Bauchraum zu verlassen.

Die hernierte Tube kann in dem Bruchsack derart liegen, daß das periphere und das uterine Ende sich im Bauchraum befinden, während der mittlere Teil den Bruchsack schlingenförmig ausfüllt. Diese Art der Lagerung ist jedoch selten. Meist ragt das periphere Tubenende frei in den Bruchsack hinein.

Die Symptome einer Tubarhernie können, abgesehen von der Geschwulst, zuweilen so gering sein, daß die Hernien erst gelegentlich einer Einklemmung oder einer anderen Komplikation erkannt werden. Angaben, wie wir sie bei Eierstocksbrüchen häufig finden, daß nämlich während der Periode die Geschwulst größer und schmerzhafter werde, sind selten. Die Geschwulst erreicht entsprechend dem Volumen der hernierten Tube Nuß- bis Eigröße. Eine Unterscheidung zwischen Eileiter und Darmbrüchen kann die Perkussion ermöglichen. Genitalorgane geben leeren, gedämpften Schall; Darmschall hingegen ist tympanitisch. Wichtig ist es auch, auf gurrende und glucksende Geräusche zu achten. Sind solche vorhanden, so ist Tube als alleiniger Bruchinhalt auszuschließen. Eine gute Unterstützung bei der Diagnosenstellung bildet die innere gynäkologische Untersuchung, die gewöhnlich ein Fehlen der Adnexe an normaler Stelle sowie ein Abweichen des Uterus von der Mittellinie nach der kranken Seite feststellen kann. Ist durch Bewegungen des Uterus von der Vagina oder vom Rektum aus eine Verlagerung des Bruchinhaltes in den Bauchraum möglich, so ist dies ebenfalls ein sehr guter Anhaltspunkt für die Diagnose. Jedoch keines der angeführten Symptome kann als spezifisch für Eileiterbrüche gelten.

Wie jeder andere Bruch, so ist auch die Tubarhernie verschiedenen Komplikationen unterworfen. Leichtere entzündliche

Veränderungen führen zu Verklebungen, schwerere Prozesse zur Rötung und starker Schmerzhaftigkeit. Selbst Vereiterung der hernierten Tube ist möglich. Nicht selten sind auch Inkarzerationen. Sie können akut sein oder sich allmählich entwickeln, sie können sofort an das erste Auftreten des Bruches sich anschließen oder aber erst entstehen, nachdem der Bruch längere Zeit bestanden hat. Starke ausstrahlende Schmerzen sind die Folge. Schwerere Erscheinungen, wie wir sie von der Darmeinklemmung kennen, sind selten. Nach Berger und Lejars unterscheidet sich die Tubeneinklemmung von der Darmeinklemmung dadurch, daß erstere niemals fäkales Erbrechen zeigt und daß die Stuhl- und Windverhaltung niemals eine vollkommene ist. Bei Kindern kommt es manchmal zu einer sog. Pseudoinkarzeration, die durch eine Tubendrehung verursacht wird. Sie kann nach Martin sogar bis zur Gangrän führen. Als weitere Komplikationen finden sich zuweilen zystische Degenerationen der hernierten Tube. Ebenso sind Komplikationen mit anderen Hernien möglich: in dem von Prof. Dr. L. Fraenkel operierten Falle findet sich noch ein schmerzhafter Nabelbruch. Sogar Gravidität in einer hernierten Tube wurde beobachtet; Jordan beschreibt genau eine solche. Ähnlich sind die Fälle von Leger de Goney und Malherbe.

Die Behandlung der Eileiterbrüche muß, ähnlich der der Ovarialhernien, eine chirurgische sein. Ein Bruchband erscheint ungeeignet, da es leicht verschoben und so zu liegen kommen kann, daß er die hernierten Teile drückt. Das beste Mittel ist daher die Operation. Ist die Tube intakt, so kann nach Brocas Vorschlag diese reponiert werden. Ist jedoch auch nur die geringste pathologische Veränderung festzustellen, so muß die Resektion vorgenommen werden. Nur diese kann eine sichere Heilung bedingen.

Die Prognose der operierten Fälle ist durchaus günstig. Voraussetzung ist natürlich, daß nicht bereits vorher durch Komplikationen schwerere Schädigungen hervorgerufen wurden.

In dem folgenden Teil der Arbeit wird dann über den von Prof. Fraenkel operierten Fall berichtet. Kurz sei auch hier der Inhalt angegeben:

Es handelte sich um eine 42jährige Frau, die mit 33 Jahren zum ersten Male in die Klinik kam; sie klagte über Schmerzen in beiden Hypogastrien und in der Mittellinie sowie über fieberhafte Anfälle. Bei der Untersuchung fand sich ein schmerzhafter Nabelbruch. Außerdem wurde Metritis und Senkung der Scheide festgestellt. Auch bestand Verdacht auf Cholelithiasis. 9 Jahre später kommt Pat. abermals in die Klinik. Sie klagt jetzt über Schmerzen am Nabel und in der linken Leistenbeuge. Die vorgenommene Untersuchung ergibt einen etwa haselnußgroßen Nabelbruch. In der linken Leistenbeuge fühlt man nahe dem os pubis eine diffuse Resistenz, die auf Druck stark schmerzhaft ist. Der Uterus ist retrovertiert. Die Adnexe sind nicht palpabel. Am 17. 3. 20 Operation durch Prof. Fraenkel.

Zunächst typische Operation des Nabelbruches. Als Inhalt des Bruchsackes findet sich Netz. Hierauf wird ein Schnitt parallel dem Poupartschen Bande geführt. Durch das subkutane Fett fühlt man eine reichlich haselnußgroße Geschwulst, die sich bei weiterem Freipräparieren als die schwieligverdickte Spitze des Bruchsackes erweist, der außerdem durch diese entzündlichen Verdickungen mit dem Lig. rotundum verwachsen ist. Als Inhalt des Bruchsackes präsentiert sich eine haselnußgroße Parovarialzyste und die Tube, die frei von krankhaften Veränderungen ist. Die halbe Tube und die Parovarialzyste werden abgetragen. Hierauf wird der Bruchsack und die Operationswunde geschlossen. Das Präparat besteht aus einem 5 cm langen Stück der Tube mit offenem Infundibulum und einer etwa haselnußgroßen, prallgespannten Parovarialzyste, die vom Lig. latum bedeckt ist. Glatter Verlauf. Prima intentio.